



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DE ROYAN**

20 avenue saint sordelin
17640 Vaux-sur-Mer



Validé par la HAS en Septembre 2023

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Septembre 2023

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	17
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	18
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	19
Annexe 3. Programme de visite	23

Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers...

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins médicaux et de réadaptation (SMR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

| ... et sur des méthodes

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

| Une décision et un rapport rendus publics

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de référence pour l'élaboration du rapport de certification

Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE ROYAN	
Adresse	20 avenue saint sordelin 17640 Vaux-sur-Mer FRANCE
Département / Région	Charente-Maritime / Nouvelle-Aquitaine
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	170022057	GCS URGENCES DU PAYS ROYANNAIS	20 AVENUE SAINT SORDELIN 17640 VAUX SUR MER FRANCE
Établissement juridique	170780191	CENTRE HOSPITALIER DE ROYAN	20 avenue saint sordelin 17640 Vaux-sur-Mer Cedex FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

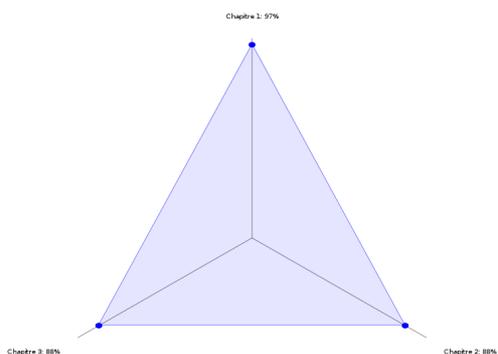
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
SAMU-SMUR
Soins critiques
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

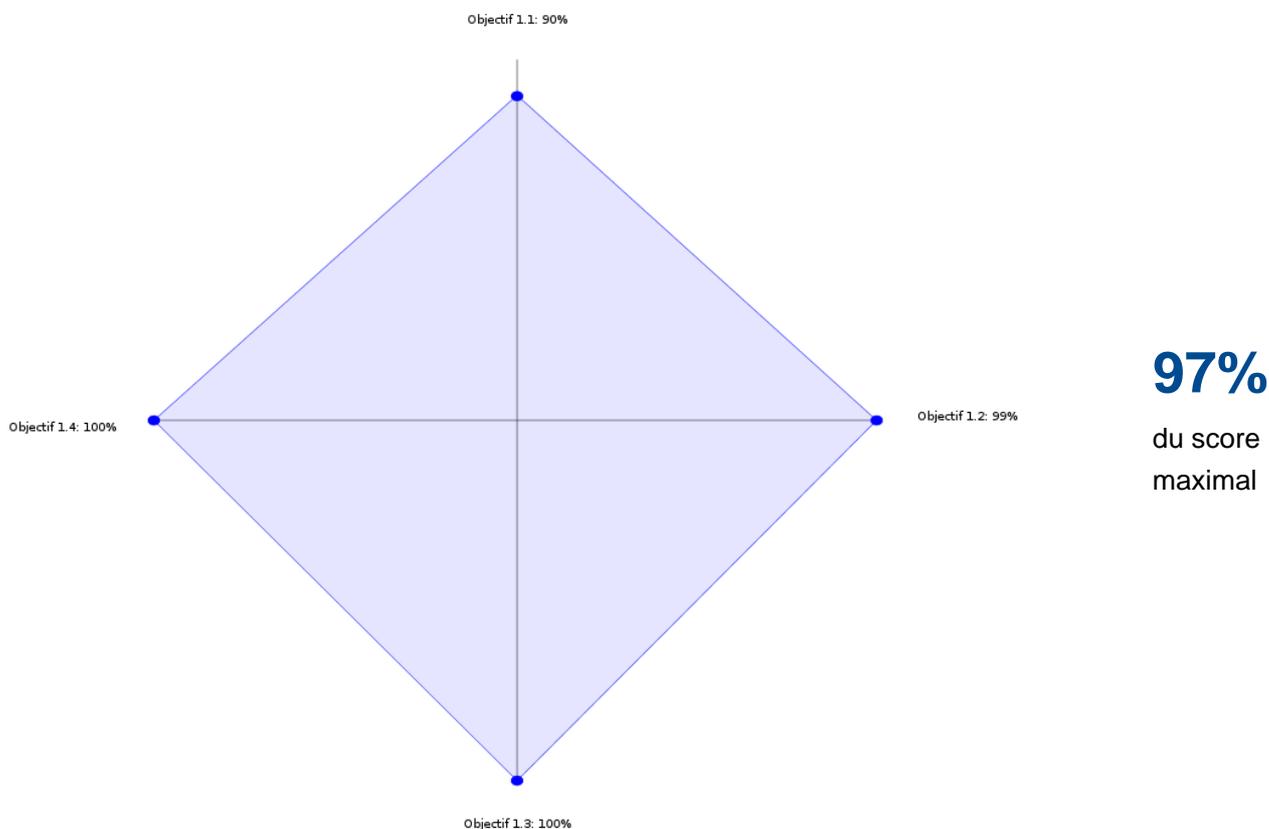
Au regard du profil de l'établissement, **106** critères lui sont applicables

Résultats



Chapitre	
Chapitre 1	Le patient
Chapitre 2	Les équipes de soins
Chapitre 3	L'établissement

Chapitre 1 : Le patient

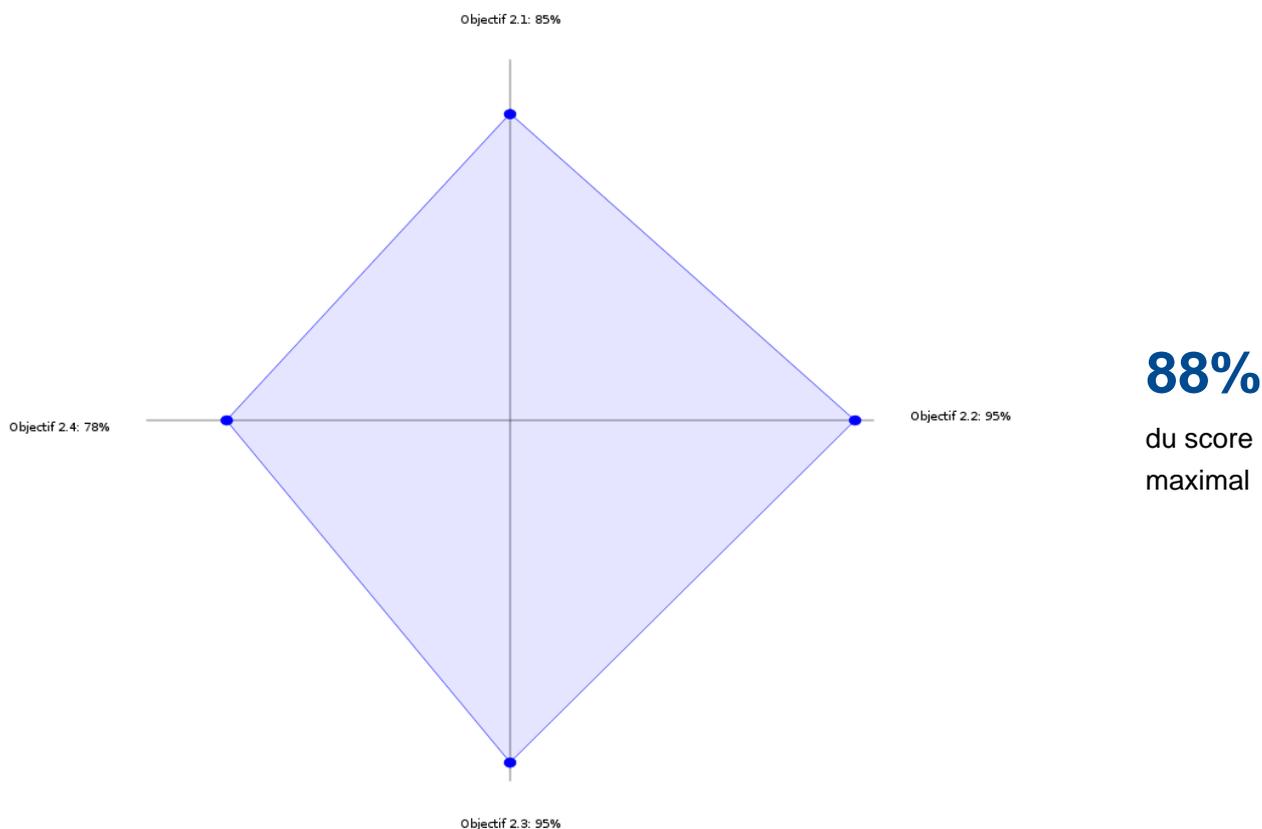


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	90%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le centre hospitalier Royan -Atlantique fait partie du GHT de Charente Maritime Sud et dessert un territoire dont la population est en constante évolution et marquée par un afflux sur la période estivale. Tout au long de son séjour, le patient reçoit une information claire et adaptée sur son état de santé lui permettant de faire valoir ses choix et de consentir librement à la prise en charge proposée, y compris en fin de vie. Les patients traceur dans leur grande majorité ont témoigné de cet état de fait et de leur satisfaction. Malgré tout, si l'expression du patient est prise en compte par les professionnels, la plupart d'entre eux méconnaissaient les différents canaux qui s'offrent à eux pour recueillir leur expression (existence des RU, modalités pour déclarer un évènement indésirable ou soumettre une réclamation) ainsi que leur droit à rédiger des directives anticipées. Le livret d'accueil ancien est en cours de réactualisation, mais un flyer précisant les données méconnues des patients a

été élaboré en cours de visite. Il a été distribué et accompagné aux patients présents et intégré au livret d'accueil pour les entrées à venir. Le respect du patient fait l'objet de d'attentions particulières, tout particulièrement en situation de précarité ou de vulnérabilité pour lesquelles le maintien de l'autonomie est une priorité. Les pratiques respectent l'intimité et la dignité. Cependant l'établissement dispose encore de locaux vétustes ne correspondant plus aux standards actuels. C'est le cas de deux des quatre unités de médecine, dont l'une notamment dispose d'une seule douche pour les 21 patients. L'établissement est conscient de cette situation et compte beaucoup sur le volet investissement du plan santé pour l'aider à régler cette situation. La confidentialité des données du patient est garantie. Les dossiers patients lors des transports par exemple sont mis dans des pochettes pour garantir la confidentialité des données. Le patient est invité à faire part de sa douleur, et les professionnels se mobilisent autour de sa prise en charge. Le recours à la contention est limité au maximum et fait systématiquement l'objet d'une prescription médicale argumentée et réévaluée. Le projet de soins prend en compte les conditions de vie et de lien social. Cela a pu être tout particulièrement constaté dans les USLD. En cas de besoin, notamment pour organiser la sortie, le service social est mobilisé au plus tôt.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

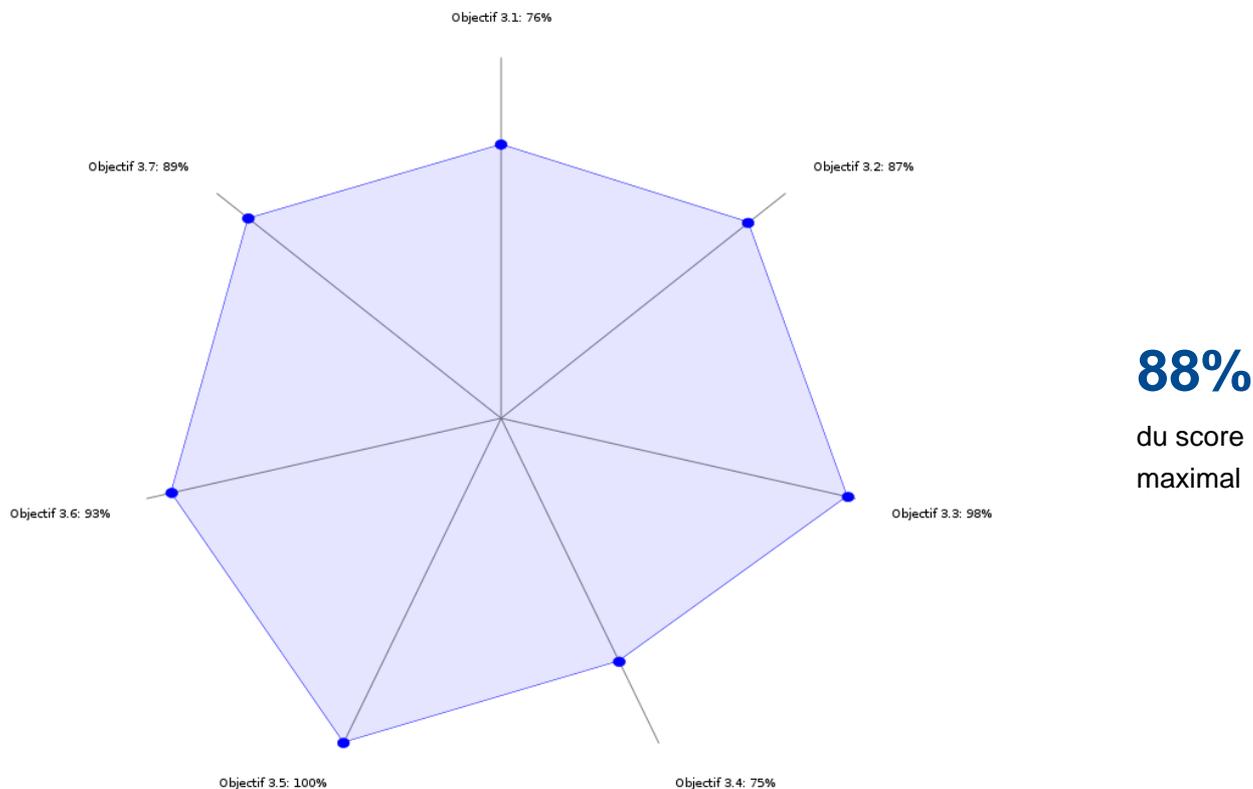


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	85%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	95%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	94%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	78%

L'argumentation des parcours et des choix thérapeutiques s'appuie sur des protocoles et recommandations de bonnes pratiques dans une approche pluri professionnelle prenant en compte l'avis du patient. La réflexion bénéfique risque est retrouvée dans les dossiers tout au long de la prise en charge. Dans la plupart des équipes, des réunions régulières permettent aux professionnels de se coordonner et de faire évoluer le projet de soins. Le dossier patient informatisé facilite la coordination entre les équipes, et le recours aux avis spécialisés est organisé, même si l'accès à la télé-santé mériterait d'être formalisé. Les dossiers SMUR quant à eux ne sont pas analysés a posteriori. En endoscopie, la check-list est réalisée selon les attendus, même si elle n'a pas fait l'objet d'une évaluation formelle. Les règles d'identitovigilance sont connues et appliquées, les vigilances sanitaires opérationnelles. La prescription probabiliste d'antibiotiques est justifiée cliniquement et fait

systématiquement l'objet d'une réévaluation. Un référent antibiotique est identifié, et l'appui du service d'infectiologie de l'établissement pivot effectif. Les internes bénéficient de formations à l'utilisation des antibiotiques, ce qui n'est pas toujours le cas des médecins séniors. Le processus transfusionnel est maîtrisé, bien que l'analyse de pertinence soit encore à mener. Les prescriptions médicamenteuses sont entièrement informatisées à l'exception du bloc endoscopique et sont conformes aux bonnes pratiques. L'utilisation des médicaments à risques est maîtrisée ainsi que tout le processus de prescription, préparation et administration des chimiothérapies. Les équipes se mobilisent autour de la maîtrise du risque infectieux. Les pratiques sont homogènes et conformes aux attendus. L' EOH est bien identifiée et accompagne la démarche sur le terrain. Seul le risque infectieux en lien avec les dispositifs invasifs doit encore bénéficier de formations et faire l'objet d'une évaluation. Les transports internes quant à eux, sont formalisés et ont fait l'objet d'évaluations suivies d'améliorations. La culture de l'évaluation de la pertinence et du résultat n'est pas encore mature. La dynamique forte qui s'est créée à la faveur de la préparation de cette visite de certification est perceptible, mais n'a pas eu le temps de se concrétiser sur le terrain. La réalité est différente d'une unité à l'autre, et si certaines telle que l'imagerie médicale sont un peu plus avancées, peu sont en mesure de présenter les plans d'actions découlant de leurs évaluations. L'expérience et la satisfaction ne font pas l'objet d'un recueil formalisé susceptible d'identifier des pistes d'amélioration. Il n'y a pas de revue régulière en équipe des indicateurs. Les unités de soins critiques n'ont pas identifié de marqueurs de la qualité des prises en charge à suivre, le registre des refus d'admissions n'est pas en place et les réhospitalisations précoces ne sont pas suivies. Par ailleurs, en dehors du circuit du médicament ou de l'identitovigilance via les non conformités signalées par le laboratoire, très peu d'EIAS sont déclarés, ce qui a déclenché à partir des urgences une fiche anomalie. Peu d'analyses sont réalisées par manque de données, mais elles sont cependant connues et partagées des professionnels rencontrés.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	76%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	87%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	98%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	75%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	93%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	89%

L'hôpital Royan Atlantique est en cours de labellisation "hôpital de proximité". Il a fait une étude détaillée des besoins de santé du territoire qu'il dessert pour définir ses orientations stratégiques. L'intégration territoriale de l'établissement en lien avec le GHT de rattachement est aboutie. Les filières spécialisées sont définies avec une graduation des soins, la mise en place d'équipes médicales territoriales et des recherches de synergies

public/privé. Ces partenariats lui garantissent un panel important de compétences médicales. La mise en place d'un pôle ville/hôpital lui permet de donner de la lisibilité à sa démarche d'aller vers et notamment le rôle essentiel de son équipe mobile de gériatrie. La formalisation d'un circuit court d'admission directe pour les personnes âgées et l'alimentation du DMP seraient de nature à améliorer la prestation offerte. L'opportunité de la sortie de crise sanitaire et du renouvellement récent de la gouvernance (administrative, médicale et paramédicale) a permis d'impulser une dynamique institutionnelle forte dans tous les domaines. L'engagement du patient est une ambition affirmée en cours de concrétisation à travers l'implication des RU dans les différentes commissions et sous commissions de la CME. L'expression du patient est recherchée, mais les résultats en termes de retour e-satis et de questionnaires de satisfaction restent insuffisants pour permettre une exploitation. Des équipes comme le SSR commencent à développer d'autres modalités de recueil de l'expérience patient, mais la plus-part du temps, si l'écoute du patient est effective, il n'y a pas encore de démarche proactive autour de cette thématique, et les RU n'ont pas été identifiés comme des ressources. La bientraitance fait partie de la culture institutionnelle et les pratiques observées en sont la preuve. Les experts ont été unanimes pour souligner cette dimension notamment lors de leurs observations et de leurs échanges avec les équipes d'USLD. La démarche de prévention de la maltraitance est elle aussi ancienne, mais relancée récemment à l'échelle de l'établissement. Un référent a été nommé pour coordonner la démarche "promotion de la bientraitance, prévention de la maltraitance", des sensibilisations réalisées et une procédure diffusée. Malgré tout, la démarche est trop récente pour en vérifier l'efficacité, ce qui a déclenché une fiche anomalie. L'accès du patient à son dossier est organisé et suivi. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins, et son engagement fort auprès des professionnels en amont de la certification a permis d'acculturer les équipes à la démarche et de susciter l'envie. Malgré une traduction opérationnelle encore modeste en termes d'amélioration des pratiques en équipe, les rencontres avec les professionnels dans le cadre des audits systèmes ont permis de constater l'adhésion à la démarche. Les organisations sont régulièrement questionnées au regard de l'activité et des ressources disponibles. Le recours aux heures supplémentaires, la graduation des organisations et en dernier lieu le recours à l'intérim permet de sécuriser les organisations. Le travail en équipe sur le terrain est effectif. A de rares exceptions près, les équipes ont identifié des temps de coordination entre les différents professionnels médicaux et para-médicaux. La commission éthique chargée d'animer la réflexion en interne et d'apporter un soutien opérationnel aux équipes vient d'être relancée. Les personnes compétentes sont identifiées et régulièrement sollicitées en complément de l'aide déjà apportée par l'EMSP. Les représentants du personnel ont été impliqués dans l'élaboration de la politique QVT sur la base d'un diagnostic réalisé auprès des professionnels. Un accord a permis d'en définir la déclinaison opérationnelle. En cas de conflit interpersonnel, un dispositif de médiation a été mis en place à l'échelle du GHT. La politique Développement Durable est mise en oeuvre concrètement. Le plan blanc est connu des professionnels rompus à l'exercice de la gestion des crises sanitaires exceptionnelles. Le processus de prise en charge de l'urgence vitale est maîtrisé. Seul le registre d'utilisation des chariots reste encore à mettre en place. Une feuille de traçabilité de la mise en oeuvre du processus suite à déclenchement existe déjà, mais n'a pas encore été exploitée. En ce qui concerne la gestion des EIAS, le dispositif est en place, à l'exception de la fonction de coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins qui n'est pas pourvue. Peu d'EIAS sont déclarés, signe de manque de maturité, mais les investigations ont pu montrer que ceux qui le méritaient étaient analysés, et que le retour d'expérience était fait auprès des professionnels. L'information du patient concernant le dommage lié aux soins a également été retrouvée dans les dossiers consultés. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Mettre en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse des résultats cliniques, de l'expérience du patient et des événements indésirables associés aux soins Evaluer et formaliser le plan de prévention sur la lutte contre la maltraitance à l'échelle de l'établissement.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	170022057	GCS URGENCES DU PAYS ROYANNAIS	20 AVENUE SAINT SORDELIN 17640 VAUX SUR MER FRANCE
Établissement géographique	170022065	GCS URGENCES PAYS ROYANNAIS – ROYAN	20 AVENUE SAINT-SORDELIN 17640 VAUX SUR MER FRANCE
Établissement principal	170000129	CENTRE HOSPITALIER DE ROYAN	20 avenue saint sordelin 17640 Vaux-sur-Mer FRANCE
Établissement géographique	170802789	CENTRE HOSPITALIER DE ROYAN -SLD	24 rue du Monard 17600 La Gua FRANCE
Établissement juridique	170780191	CENTRE HOSPITALIER DE ROYAN	20 avenue saint sordelin 17640 Vaux-sur-Mer Cedex FRANCE
Établissement principal	170000129	CENTRE HOSPITALIER DE ROYAN	20 avenue saint sordelin 17640 Vaux-sur-Mer FRANCE
Établissement géographique	170802789	CENTRE HOSPITALIER DE ROYAN -SLD	24 rue du Monard 17600 La Gua FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	113
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	10
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	3,279
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	26
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	60
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	50
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	3
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Pas de situation particulière Patient âgé Hospitalisation complète Soins critiques	
2	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
3	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
4	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
5	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète	

			Médecine	
6	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Médecine	
7	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		A partir de la liste transmise par l'ES en n ou n-1
8	Audit système	Représentants des usagers		
9	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport assis ou couché
10	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Precaution complémentaire
11	Audit système	Coordination territoriale		
12	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
13	Audit système	Entretien Professionnel		
14	Audit système	Maitrise des risques		
15	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Chimiothérapie
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précaution standard et complémentaire
17	Audit système	Entretien Professionnel		
18	Audit système	Leadership		
19	Audit système	Entretien Professionnel		
20	Audit système	Entretien Professionnel		

21	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Endoscopie
22	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant un antibiotique Per os / injectable
23	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Médecine</p>	
24	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgence - Samu-SMUR
25	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p>	
26	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins de longue durée</p>	

27	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
28	Patient traceur		Tout l'établissement SAMU-SMUR Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Médecine	
29	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient atteint d'un cancer Adulte Ambulatoire Médecine	
30	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Medicament à risque per os / injectable
31	Audit système	Engagement patient		
32	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Patient âgé Adulte Ambulatoire Médecine	
33	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte	

			Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
34	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Maladie chronique Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation Soins de longue durée	
35	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences SAMU-SMUR Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Médecine	
36	Audit système	Dynamique d'amélioration		
37	Audit système	QVT & Travail en équipe		
38	Audit système	Entretien Professionnel		

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

